



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on:
facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



Questions types examen pratique Ortho - Benak:

* comment diagnostiquer une FC du poignet?

- douleur provoquée à la pression du fond de la tubérosité anatomique
- trait de fracture sur "l'incidence scapuloïde"
- svt visible une dizaine de jours après l'accident

* FR de l'E inf du radius, quelles sont les précautions à prendre contre les risques imputés d'œdème sous platée?

- ablation immédiate de toutes les bagues
- platée capitonné non circulaire d'emblée
- si doute, savoir l'élargir ou le changer
- surélévation du membre + anti-œdémateux
- surveillance de la vasculature des doigts

* Quelles sont les modalités de l'immobilisation plâtrée d'une FR du scaphoïde?

- immobilisation plâtrée de 90 jours bloquant la pronosupination
- pendre le coude pendant 45-60 jrs
- immobiliser la 1^{ère} phalange du pouce en ABD et 2^{ème} phalange antépulsion

* FR de pouceau-collès, décrire la déformité mévise

- aspect en dos de fourchette profil
- en baïonnette face
- signe de LAUGIER palpation

* décrire la manœuvre de réduction

* " les modalités d'immobilisation

La réduction:

- patient en décubitus dorsal, sous oreiller
- traction dans l'axe du membre, coude fléchi à 90° et contre traction à ce niveau, pour désengraver
- inclinaison latérale cubitale pour corriger la translation
- flexion pour corriger la bascule post
- Rx de contrôle

Immobilisation:

- BABP: brachio anté brachio palmaire
- coude fléchi à 90°, position du poignet svt fléchi ou en rectitude selon la stabilité de la FR
- durant 3 semaines
- libération du coude et brachio-palmaire
- durant 3 semaines encore
- surveillance clinique et Rx durant les 6 semaines

* critères de succès d'une réduction (Poteau-Collès):

- rétablissement de l'obliquité de la ligne bi-styloïdienne
- index radiocubitale à 2mm
- la ligne radiale se situe en bas et en avant de 10° sur le plan sagittal
- franchissent des cotyles ont du fragment distal sur le fragment proximal: signe de stabilité pour empêcher la bascule

* que faut-il rechercher systématiquement lors d'une FR isolée du radius ou cubitus?

- si FR du cubitus → luxation de la tête radiale (Monteggia)
- si FR du radius → luxation inf du cubitus (Galeazzi)

* comment affirmer le Dx Rx d'une suspicion de FR de Monteggia?

- clichés de l'avant-bras en totalité F+P
- un cubitus fracturé et déplacé
- tracer l'axe du radius qui normalement doit traverser le centre du condyle ext
- une tête radiale luxée (chez l'enfant, avant +)

* modalités d'immobilisation d'une FR de l'avant bras non déplacée:

- BABP, gouttière plâtrée postérieure 4-6 semaines
- prenant le coude fléchi à 90°, remonter le long de l'humérus
- prenant le poignet jusqu'au pli de flexion des métacarpophalangiennes
- main en position de fonction (flexion dorsale du poignet et pronation intermédiaire)
- Rx de contrôle

* les complications d'une FR de l'avant bras:

- ouverture cutanée
- complications vasculo-nerveuses
- moelleux, irréductible
- pseudarthrose
- CAP vicieux
- synostose entre les 2 os
- syndrome de Wolkman +
- retard de la pronosupination +

- * C.A.T face à une FR en bois vert de l'avant-bras :
- il faut casser la corticale opposée à l'angulation en poussant sur le sommet, tout en agissant sur les fragments dans l'autre sens
 - imprimer un mouvement inverse de celui qui a causé la fracture
 - ne pas casser le périoste (stable)
 - réduction anatomique
 - immobilisation en plâtre 6 semaines
 - Rx de contrôle

- * principes d'une immobilisation plâtrée :
- sauph ^{pour re} - solide
 - penche l'articulation sus et sous jacte
 - ne pas trop serrer le plâtre
 - bander en 8 au n° des articulations
 - maintenir en position de fonction
 - surveillance attentive à la recherche de complications
 - à appliquer sur un membre bien réduit, bien axé
 - c'est un trait orthopédique visant à

maintenir une zone traumatique dans une position stable, jusqu'à guérison

* éléments de stabilité de la ... totale :

- antérieurs totaux ++
- Les lig. latéraux ^{LE LLI}
- " croisés ^{LCA LCP}
- le tendon quadriceps ^{plan sagittal} et le tendon total

* éléments de l'appareil extenseur du genou :

- quadriceps
- tendon du quadriceps
- totale
- tendon totalien - tubérosité ischio

* Quelle est la lux de l'épaule la + fréquente

- la luxation antérieure et sous - cotacodième de l'épaule :

- en urgence, après contrôle Rx préliminaire une FR
- douce et progressive par manœuvres extérieures
- +/- sous AG au bloc op sous contrôle scopie
- si patient grand gabarit (relâchement musculaire) ou réduction doublement
- sujet en décubitus dorsal, un aide maintient le tronc
- l'opérateur exerce une traction ^{axiale} du bras en abduction, rotation externe

- sa main dans l'aisselle accompagnée
- tête humérale dans sa ténacité
- affirmation par un ressaut perceptible et un claquet et par la récupération des mouvements de l'épaule
- ex neuro et vx - contrôle radio
- immobilisation 3 semaines Mayo Clinic

* Dg à évoquer devant traumatisme grave de la cheville :

- FR bimalleolaire ++
- > FR sus tuberculeuse par Abduct
- > " " " " tot ext
- > " inter " " "
- entorse maligne de la cheville

* sujet membre inf : adduction, tot inter, Dg ?

- luxation postérieure de la hanche

* signification du cri Oudard ?

Cri du ménisque, des exquises à la palpation de l'interligne fémoro-tibial, patient décubitus dorsal, genou 90° fléchi, qu'il étend = lésion méniscale

* technique de réduction d'un blocage méniscal

intense : hyperflexion - valgus puis extension en rotation externe

lente : hyperflexion - varus puis hyperextension en rotation interne

* chirurgie du lig croisé antérieur :

ligaments plastiques

* patient m. inf. abduction + tot ext :

luxation antérieure de la hanche

* sujet M.I., adduction, tot ext, raccourci :

FR du col du fémur ESP

* limites anatomiques d'un BAPB :

Machio-antehuméro-palmare :

ceux au planaire ligne, limite sup au dessus

du coude, au n° du V deltoïdien,

limite inf au n° du pli palmaire passant

les art métacarpophalangiennes lignes

* durée d'immobilisation d'une FR bimalp

crampoedreux x 6 semaines

botte plâtrée jusqu'à 3 mois

* la complication la + redoutable d'une lux de hanche, prk ?

Nécrose aseptique de la tête fémorale car vasculature type terminale (a. circumflexe post)

- signification du signe de LACHMAN - TRILLAT:
- laxité antérieure = lésion du ligament croisé antérieur
- * complication d'un platé articulaire:
- escarre sous platé
 - synchone de Volkman - sd des os
 - thrombose - phlébite
 - mauvaise consolidation de la FR (PSA)
 - déplacement iliaire - raideur - amyotrophie
- * enfant de 6 ans, gros genou douloureux, chaud, non traumatique, Dg?
- ostéomyélite aiguë hémorragique
 - monoarthrite septique
- * Stade de SALTER et HARRIS:
- Type 1: décollement épiphysaire pure
- " 2: " et FR métaphysaire
- " 3: " " " " épiphysaire
- " 4: FR articulaire
- " 5: l'assent du calage de croissance
- * CAT sd de Volkman: sd des os
- ablation du platé (pas de cd de la FR)
 - surélever le membre
 - antioedèmes: AINS, aspirine
 - si pas d'amélioration: aponevrectomie de décharge / décompressive
- * attitude caractéristique du sd de Volkman:
- poignet en flexion, extension impossible
 - doigts en flexion permanente: en griffe
 - avant bras en pronation
- * la complication la + fréquente d'un trauma du coude:
- la pseudoarthrose
- * Dg à évoquer devant trauma de l'épaule:
- luxation de la tête humérale
 - FR ext sup humérus
 - disjonction acromio-claviculaire
 - FR de la clavicule
 - FR de l'omoplate
- * principes d'un bandage armé:
- transformer les forces de traction en force de compression
- en pp métallique, en 8
- * rôle de la ceinture:
- Preu d'insertion des tendons rotatoriens et quadricèps

- régule l'extension du genou
 - assure le centrage de l'appui extenseur du genou
- * complication la + fréquente d'un trauma de la cheville: / prk FR hémorragique / thérapeutique
- troubles trophiques, cutanés, à type de phlyctènes + cyanose, œdème, neuro,
- * homme de 25 ans, chute de 96m, à quoi devez vous immédiatement penser?
- la mort
 - polytraumatisé, le vital, mise en condition, bilan clinique (Crâne, rachis, bassin)
- * Stades des phlegmons:
- Stade I: tenosynovite inflammatoire purulente
- " II: "
- " III: " nécrosée/diffuse
- * complication la + fréquente trauma coude
- Raideur articulaire
- * Dg ≠ d'une FR parcellaire de la tubé
- Patella Bipartita
- * Dg à évoquer devant trauma poignet:
- FR ext inf du radius
 - FR du scaphoïde
 - Synchone de FENTON (FR - lux scapho-capitales)
- * Signes cliniques de luxation de l'épaule:
- signe de l'épaule
 - coup de hache externe
 - comblement du sillon deltopectoral, der
 - vacuité de la gaine
 - signe de BERGER: irréductibilité de l'attitude vicieuse en ABD, lat ext
 - attitude de Dessault
 - élargissement antio post de l'épaule
- * la complication la + redoutable de FR des os long:
- cal vicieux
- ouestrie cutanée
 - ankylose
- * Les muscles intrinsèques de l'épaule:
- le subscapulaire: principal
 - le grand pectoral: accessoire (adducteur)
- * Les articulations de l'épaule:
- glnéo-humérale
 - sternoclaviculaire
 - acromio-claviculaire
 - omothoracique
 - de sous acromiat
- } vraies
- } fausses

avantages et inconvénients d'un
traitement orthopédique et chirurgical:

Traitement orthopédique:

→ avantages:

- absence de cicatrice
- pas de risque infectieux
- faible taux de Pseudarthrose

→ inconvénients:

- ceux de l'immobilisation prolongée
- cal vicieux
- nécessite une lourde surveillance
cluse + Rx

Traitement chirurgical:

→ avantages:

- Stabilité: immobilisation courte
- réduction anatomique, rapide
- hospitalisation courte
- reprise de l'appui précoce pr III
- " rapide des activités
- limitation de la fente musculaire
et de la lésion articulaire

→ inconvénients:

- anesthésie
- risque infectieux
- emploi d'un matériel étranger
- nécessité de réintervention pr
l'ablation du matériel

*) temps de consolidation des diff FR:

membre sup:

clavicule	3-6 semaines
extr sup humérus	3-6 semaines
2 os de PAUT hns	3 mois
ext inf radius	6 semaines
scapuloide	3 mois (12 sem)
	3 sem

membre inf:

extr sup fémur	12 sem (3 mois)
tibia	6 semaines
mallole	3 mois
plateaux tibiaux	2-3 mois

*) CPC des FR:

immédiates:

- générales: choc traumatique
- locales: lésions du tégument cutané
" vasculo-nerveuses

secondaires:

- générales: CPC d'1 tare
 - " de decubitus (agés)
 - " lié à la stationnement
(thrombose - embolie)
 - embolies graisseuses
 - infections: tétanos, gangrène
- locales:
 - déplacement II (Ht orthop)
 - mauvaise tolérance de l'app
de contention
 - empl septique: trt chir
 - " vasculaire: Scl Volkman
 - troubles de consolidation

tardives:

- cal
{ pseudarthrose
- ostéite
- nécrose post-hém
(cal fémur + tibia)

*) attitude du patient si entorse maligne cheville
+ lésion LLE:

- boiterie
- boîtement tibioastragalien en varus (P. fra
lioni ant (P sagittale) - équinisme (fx ant-ext)
- Rimatisme encoif de pigeon
- l'appareil une sensation de craquement, d'inter

*) FR pouvant accompagner la tri-malP:

- FR des tubérosités tibiales ant / post
- FR parcellaire du pilon tibia
- FR marginal post. tri-malP
- FR tarsien du pilon tibia

A) FR pouvant accompagner la lux de l'épaul

- FR parcellaire du tégum ant del entorse
- " du col de l'humérus
- " par arrachement du trachiter

*) exploration paraclinique confirmant
le Sd de Volkman:

- monitoring des pressions des loges
aponévrotiques par la manométrie PIM

*) Classification de Duparc et Alnot? F. birk

- T₁: FR par adduction
- T₂: FR par abduction sus-tuberculaire
- T₃: " " latérale sus-tuberculaire
- T₄: " " " intertuberculaire

*) FR influençant la consolidation:

f. liés à la FR: siège de la FR

• déplacement

f. vasculaires: ouverture du foyer ant

• anémie

• hypovolémie

f. hormonaux: CTC → la consolidation

f. nutritionnels: calcium, vit D, calcium, ostéoporose

- Paonne réduction / l'âge / le repos (immob)

*) ≠ étapes de consolidation:

1. hématome fracturé avec réaction inflamm locale (0-2 J)

2. organisation de l'hématome: cal mou (Ia ou fibreux (J2 - 3/4 semaines)

3. ossification du cal: cal dur (J30)

4. remodelage osseux (jusqu'à 18 mois)

*) muscles de la coiffe des rotateurs

- m. s/scapulaire

- m. s/épineux

- m. sus épineux

- m. petit rond

*) Dg devant une lux FR du coude:

- FR du col 5ème méta ++

- FR de Bennett

- " de Rolando

- FR diaphysaire des 4 méta des doigts long

- FR des phalanges

*) cmr préven la epc la + redoutable de l'échec de

phlyctère → PEC rapide: protocole RICE, arrache-brûle / repos / Ice / compression

*) citez les muscles du quadriceps:

droit fémoral droit ant

vaste latéral

vaste médial

vaste intermédiaire crural profond

*) différence entre phlegmon de la gaine des flexisseurs stade 2 et stade 3?

Stade 2: synovite purulente, tendon intact, œdème

Stade 3: nécrose infectieuse du tendon

*) TAT panaris stade 2:

antibiotique + excision chirurgicale + ATB

*) muscles atteints dans l'épaule par paralysique:

- coiffe des rotateurs: sous épineux / sub scapulaire / petit rond

*) 3 types d'immobilisation plâtrée

- position de réduction kyriac

- position fonctionnelle définitive

- position de protection, intrinsèque + à la main

*) position de fonction de la main:

poignet 20° d'extension

*) immobilisation de la main (protection):

poignet en dorsiflexion

poince en abduction

position dite intrinsèque (+)

*) les 2 mouvements physiologiques limités de l'achille

Eversion: abduction, rot externe, pronation

Inversion: adduction, rot interne, supination

*) critères radiologiques FR hi-mall:

- péroné rétrogradé, longueur nle

- interligne ant l'his peroné-astagabie régulière (pas de marche d'escalier)

- absence de diastasis

- Test de skinner: centrage de l'astagabie (non centrée est traversée par l'axe du tibia)

*) critères de gravité d'OTTAWA:

- âge < 18ans ou > 55ans

- der à la palpation à 6cm des malléoles

- der à la base de M5

- incapacité de faire 4 pas ou appuyer

*) Dg d'une rupture du tendon d'achille:

- perte de l'équilibre du pied

- pied angulé droit, flexion passive en position ventrale

- signe de Thompson: pression ant post

→ flexion plantaire

zone de rupture visualisée

*) évaluation de déviation d'axe des MI:

- genu varum: écart entre les condyles fémoraux

- genu valgum: écart entre les malléoles int

trunt coxa-vara:

ostéotomie de valgisation

*) signe clinique d'un phlegmon de gainé plogm:

Signe de Gausset: quand on appuie sur le cul de sac supérieur de la gainé, ^{bulles de} pus
→ P, dtr importante → indication chirurgicale

*) trunt chirurgical FR Ext sup femur:

à l'arthroplastie: remplacement prothétique de la tête / col fémoral

→ prothèse céphalique: moore + Thompson

→ prothèse totale de hanche PTH en polyéthylène

→ prothèse intermédiaire: ajout d'une cupule sur tête fémorale

*) position de l'articulation des 4 articulations:

membre sup:

épaule: 45° abduction

coude: 90° flexion

poignet: 20° extension

membre inf:

hanche: rectitude

genou: 20° de flexion

chevilles: 90°

* class de Cauchoux et Duparc

I: pénétration < 1cm cutanée

II: large contuse > 1cm cutanée sous tension: risque de nécrose cutanée + bae

III: perte de substance cutanée importante irréparable → lambeau

* complications de trauma du coude

* que signifie radiologiquement le signe de la palette:

translucence externe de l'épiphyse

* la complication la + redoutable du trunt platé:

déplacement secondaire

* CAT FR ouverte de la jambe

- lutter contre l'infection +++
laver la plaie, antiseptiques, débridement
la plaie de l'inter d'endée
pansement

- soins vaccinaux antitétanique
- immobilisation du membre